

**PAQUETE DE INFORMACIÓN Y SEGURO DEL PACIENTE**



Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Nombre de la escuela : \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_  
Last First Middle

Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: Hombre /Mujer

Estado Civil: M S D W Raza: Negro Blanco Hispano Asiático Multirracial Otro: \_\_\_\_\_

Idioma principal: Español Inglés Otro: \_\_\_\_\_ Dejar Mensaje en el Correo de Voz? • Sí - No

Dirección: \_\_\_\_\_

City \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zip Code \_\_\_\_\_ EMAIL: \_\_\_\_\_

Teléfono del hogar: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_ Teléfono de trabajo: \_\_\_\_\_

Seguro Primario: \_\_\_\_\_ Política # : \_\_\_\_\_

Nombre del titular del suscriptor/política (Nombre del titular de la tarjeta principal: \_\_\_\_\_

DoB del suscriptor: \_\_\_\_\_ El suscriptor SS: \_\_\_\_\_

Seguro Secundario: \_\_\_\_\_ Política # : \_\_\_\_\_

Nombre del titular del suscriptor/política (Nombre del titular de la tarjeta principal: \_\_\_\_\_

DoB del suscriptor: \_\_\_\_\_ El suscriptor SS: \_\_\_\_\_

**SI PT ES UN MINOR: Nombre de la Información de la Madre/Guardianes :** \_\_\_\_\_

Address de lacalle \_\_\_\_\_

City \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zip Code \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_

# Telephono \_\_\_\_\_ Cellular \_\_\_\_\_ número de trabajo/Extension \_\_\_\_\_

**SI PT ES UN MINOR: Nombre de información de Father's/Guardian :** \_\_\_\_\_

Address de lacalle \_\_\_\_\_

City \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zip Code \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_

# Telephono \_\_\_\_\_ Cellular \_\_\_\_\_ número de trabajo/Extension \_\_\_\_\_

Other \_\_\_\_\_

**Persona a Notificar en caso de Emergencia**

Contacto (que no sea padre/tutor) Nombre \_\_\_\_\_ Relació con el paciente \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zip Code \_\_\_\_\_

Numero del telephono de casa \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

**NOMBRE DEL PHARMACY** \_\_\_\_\_

**DIRECCIÓN** \_\_\_\_\_

Número de teléfono \_\_\_\_\_